

Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen  
und komorbiden psychischen Störungen eine unmögliche Aufgabe?

Effective Psychosocial Treatment for Patients with Substance Use Disorders and Co-  
morbid Psychiatric Disorders: a Mission Impossible?

F. Moggi

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern, Bern, Schweiz & Department für  
Psychologie, Universität Fribourg, Fribourg, Schweiz

***Erschienen in der Zeitschrift Suchttherapie, 2014, Band 15, Seiten 9-15***

Franz Moggi, Prof. Dr. phil., EMBA  
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern  
Bolligenstrasse 111  
3000 Bern 60  
Schweiz  
Tel. +41 31 930 91 11  
E-Mail: [moggi@puk.unibe.ch](mailto:moggi@puk.unibe.ch)

## Zusammenfassung

Auf der Grundlage von Metaanalysen und umfassenden Überblicksarbeiten werden Schlussfolgerungen über eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit einer Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht (Doppeldiagnosen) gezogen. Dabei wird näher auf die Studienergebnisse zu schweren und zu leichten Formen von Doppeldiagnosen eingegangen. Die Heterogenität der Patienten-, Behandlungs-, Settings- und Ergebnismerkmale erschweren allgemeingültige Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen. Integrative, gestufte Behandlungsprogramme, die störungsspezifische Interventionen kombinieren und motivierende Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, suchtmittelreduzierende Interventionen wie Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement und/oder Familieninterventionen enthalten, sind Kontrollgruppen (z.B. Wartegruppen, Standardbehandlungen) meistens, anderen aktiven Behandlungen (z.B. Psychoedukation) manchmal in den drei Ergebnisbereichen (Sucht, psychische Störung und Funktionsniveau) überlegen.

Schlüsselwörter: Komorbidität, Behandlungswirksamkeit, Behandlungskomponenten, integrative Behandlungsprogramme, Überblick

## Abstract

Results on the effectiveness of psychosocial treatments for patients with a comorbidity of psychiatric and substance use disorders (dual diagnosis) will be discussed based on relevant meta-analyses and comprehensive reviews. The findings will be presented for severe (e.g., schizophrenia) and for mild to moderate (e.g., anxiety disorders) dual diagnoses. Due to the heterogeneity in patients', treatments', settings', and outcomes' characteristics it is difficult to generally conclude which psychosocial treatments are effective. Promising treatments seem to be integrative stagewise programs that comprise motivational interviewing, cognitive-behavioral interventions, substance use reducing interventions such as relapse prevention and contingency management and/or family interventions. Such programs are mostly superior to control groups (e.g., waiting list) and they are sometimes superior to other active treatments (e.g., treatment as usual) in outcomes of substance use, psychiatric disorders and social functioning.

Key words: comorbidity, treatment effectiveness, treatment components, integrated treatment programmes, review

## Abkürzungsverzeichnis

BTSAS Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness

CM Case Management

DBT Dialectic Behavioral Therapy

DDP Doppeldiagnosepatienten

DFST Dual Focus Schema Therapie

DyDP Dynamic Deconstructive Psychotherapy

FI Familienintervention(en)

FIDD Family Intervention for Dual Diagnosis

IAGB Aufsuchend-gemeindenahes Behandlungsprogramm

IBP Integrative(s) Behandlungsprogramm(e)

ISRT Interpersonal and Social Rhythm Therapy

KM Kontingenzmanagement

KVT Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention(en) bzw. -therapi(en)

MI Motivierender Gesprächsführung („motivational interviewing“)

PS Psychische Störung(en)

PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

RP Rückfallprävention

SSK Störung(en) durch Substanzkonsum

TTM Transtheoretisches Modell

Ist eine wirksame psychosoziale Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen eine unmögliche Aufgabe?

Als vor über 20 Jahren systematisch mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen von Patienten mit einer Komorbidität von psychischen Störungen (PS) und Störungen durch Substanzkonsum (SSK) begonnen wurde, bezeichneten einzelne Autoren die Therapie dieser sogenannten Doppeldiagnosepatienten (DDP) als eine „mission impossible“ [1]. Obwohl heute mehr oder weniger gut kontrollierte klinische Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien von DDP vorliegen, so dass bereits einige Metaanalysen [2-4] sowie umfassende Übersichtsarbeiten [5-14] erschienen sind, kommen Chow und Kollegen jüngst zur Einschätzung, dass es sich bei der Behandlung von DDP anscheinend immer noch um eine „mission impossible“ handle [2].

#### Heterogenität in der Behandlung

Heterogenität. Das entmutigende Verdikt einer unmöglichen Aufgabe mag aus wissenschaftlicher Sicht allerdings weniger in den Studienergebnissen begründet sein als vielmehr in der Art und Weise wie diese Resultate zustande gekommen sind. Das grösste Problem der Studienlage lässt sich mit dem Begriff der Heterogenität umschreiben. So unterscheiden sich die Untersuchungen in den Patienten-, Behandlungs-, Settings- und Ergebnisvariablen derart stark, dass es kaum möglich ist, zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung zu finden. Beispielsweise haben De Witte und Kollegen [15] kürzlich in einem Übersichtsartikel auf der Grundlage von gut kontrollierten Studien versucht, die notwendigen Behandlungskomponenten einer erfolgreichen psychosozialen Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und SSK im ambulanten Setting herauszuarbeiten [15]. Erstens konnten nur gerade acht von 14 randomisiert-kontrollierten Studien zu diesem Thema gefunden werden, die ausschliesslich mit Patienten mit einer Schizophrenie und irgendeiner SSK durchgeführt wurden. Die Autoren entschieden sich daraufhin auch Studien zu berücksichtigen, in denen zusätzlich zu Patienten mit Schizophrenie auch Patienten mit anderen schweren psychischen Störungen wie z.B. bipolaren Störungen oder schweren Depressionen eingeschlossen wurden, um damit auf eine einigermaßen angemessene Studienzahl zu kommen (N=14).

Merksatz:

Die Studien zur psychosozialen Behandlung von Doppeldiagnosepatienten unterscheiden sich in den Patienten-, Behandlungs-, Settings- und Ergebnisvariablen derart stark, dass kaum zwei vergleichbare Studien zur selben Fragestellung zu finden sind.

Behandlungstypen. Zweitens identifizierten De Witte und Kollegen in den Untersuchungen vier verschiedene Behandlungstypen als Experimentalgruppen, die gegen eine Kontrollgruppe (z.B. Wartegruppe, Standardbehandlung) getestet wurden [15]:

- a) Hinzufügen einer zusätzlichen Intervention zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- b) Hinzufügen mehrerer zusätzlicher Interventionen zu einem bestehenden Standardbehandlungsprogramm,
- c) Angebot eines integrativen, aufsuchend-gemeindenahen Behandlungsprogramms (IAGB) und
- d) Angebot eines integrativen Behandlungsprogrammes.

Unter integrativen Behandlungsprogrammen (IBP) werden Programme verstanden, die Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Behandlungspersonen anbieten. Wiederum unterschieden sich sowohl die verschiedenen IBP als auch die einzelnen Interventionen innerhalb des IBP sehr. Sie können in einer oder einer Kombination von motivierender Gesprächsführung („motivational interviewing“; MI), kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen bzw. -therapien (KVT), Rückfallprävention (RP), Kontingenzmanagement (KM), Case Management (CM), IAGB oder Familieninterventionen (FI) bestehen. IBP gelten als die wirksamste Behandlung für DDP im Vergleich zur parallelen oder gar seriellen Behandlung der beiden Störungen, weil sie zwei fundamentale Prinzipien berücksichtigen: a) Interventionen zur Behandlung der PS und der SSK werden gleichzeitig im selben Setting durch dieselben Therapeuten angeboten und b) die Patienten erhalten einen Behandlungsplan, in dem die Interventionen für PS und SSK auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden [6]. In einigen Studien wird zwar von IBP gesprochen, obwohl die Studienprotokolle den Schluss nahelegen, dass es sich dabei eher um Parallelbehandlungen als um IBP handelt oder dass zu einer Standardbehandlung lediglich eine Intervention (z.B. DDP-Psychoedukationsgruppe) hinzugefügt wurde.

Merksatz:

Unter integrativen Behandlungsprogrammen werden Therapieangebote verstanden, die über Interventionen zur Behandlung der psychischen Störung und der Störung durch Substanzkonsum verfügen und die flexibel auf die individuellen Patientenbedürfnisse

abgestimmt werden können. In der Regel werden diese Interventionen zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Therapeuten durchgeführt.

### Heterogenität der Diagnosen

Schweregrad von DDP. Ein weiteres Problem ist die Heterogenität der Patienten, insbesondere der Diagnosen, wenn von DDP gesprochen wird. Rosenthal und Westreich (1999) versuchten eine Systematik in die verschiedenen Diagnosekombinationen von PS und SSK einzuführen, indem sie entlang des Schweregrades der Psychopathologie und der Sucht die Diagnosen einteilten [16]. So definierten sie beispielsweise schwere DDP, wenn Patienten unter einer Psychose und unter Mehrfachabhängigkeit von Substanzen litten und leichte DDP, wenn die Patienten z.B. eine spezifische Spinnenphobie und Cannabismissbrauch aufwiesen. Allerdings hat diese Einteilung bis heute weder für Diagnostik, Ätiologie und Indikation noch für die Behandlung deutliche Vorteile gebracht, zumal der grösste Teil der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen mit Patienten mit schweren psychischen Störungen (v.a. Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen, schwere Depressionen) durchgeführt wurden. In den Überblicksartikeln wurde festgestellt, dass trotz der Grösse des Problems eine erstaunliche Armut in der Untersuchung von Patienten mit leichteren DDP vorliegt [9,10,14]. Der erfolglose Versuch einer Systematik von DDP hat auch dazu geführt, dass heute weniger von DDP gesprochen wird, sondern vielmehr die Kombinationen der PS und der SSK explizit erwähnt wird und IBP für spezifische Störungskombinationen entwickelt werden (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht [17], Depression und Alkoholmissbrauch [18] oder Schizophrenie und Sucht [19]). Die Idee einer allgemein gültigen bzw. einheitlichen psychosozialen Behandlung für DDP wird letztlich fallengelassen.

### Merksatz:

Heute wird der Ansatz einer allgemein gültigen psychosozialen Behandlung für Doppeldiagnosepatienten zugunsten von integrativen Behandlungsansätzen für spezifische Störungskombinationen fallengelassen.

Psychotherapieeffekte. Wie erwähnt wurden die meisten Studien mit schweren PS durchgeführt. Nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien zu DDP finden wir zu Angststörungen oder leichten bis mittelgradigen Depressionen [8]. Psychosoziale Behandlungen, insbesondere Psychotherapie, sind bei Patienten mit leichteren PS effektiver als für Patienten mit schweren

PS, für deren erfolgreiche Behandlung meistens Psychopharmaka notwendig sind [20]. Dass sich starke Effekte zwischen den Experimental- und Kontrollgruppen bei DDP finden lassen, ist auch deshalb weniger wahrscheinlich, weil in der Forschung zu DDP die meisten Studien kleine Patientenkollektive aufweisen, die es erschweren, kleine bis mittlere Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen zu entdecken.

### Heterogenität der Messinstrumente

De Witte und Kollegen [15] fanden auch deutliche Unterschiede in den verwendeten Messinstrumenten, mit denen die Behandlungseffekte auf die PS, die SSK und das Funktionsniveau oder andere Ergebnismerkmale gemessen wurden, so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zusätzlich erschwert wurde. Für die Metaanalysen konnten bei einigen Studien die Effektstärkenberechnungen nicht durchgeführt werden, weil dazu nicht genügend Informationen vorlagen bzw. die Daten gar nicht erhoben wurden. Es erstaunt deshalb nicht, dass die Effektstärken deutlich variieren ( $d = 0.14$  bis zu  $1.42$ ) [15]. Als gemeinsamer Nenner konnte wenigstens festgestellt werden, dass die meisten Interventionen und vor allem die IBP oft positive Effekte im Vergleich zu den Ergebnissen der Kontrollgruppen einschliesslich der Standardbehandlungsprogramme zeigten.

Interne vs. externe Validität von Studien. Heute verfügen wir eigentlich über zu wenig gut kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungen bei DDP, so dass wir kaum wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen über die Behandlungswirksamkeit ziehen können. Indem wir nicht nur Metaanalysen sondern auch umfassende Überblicksarbeiten mit einschliessen, in denen auch Untersuchungen berücksichtigt werden, die über eine geringere interne Validität, aber über eine hohe externe Validität verfügen, können wir als Kliniker mindestens begründete Hypothesen entwickeln, welche Interventionskombinationen anzuwenden und zu überprüfen sind [7,9-11,14]. Es werden zunächst die Überblicksarbeiten zusammenfassend dargestellt, in denen Studien zu schweren DDP miteinbezogen wurden, danach werden diejenigen mit leichteren DDP referiert, bevor Schlussfolgerungen für die wirksame psychosoziale Behandlung von DDP gezogen werden.

Merksatz:



Es stehen heute über zu wenig gut kontrollierte Studien zur Verfügung, so dass eigentlich noch keine wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungen bei Doppeldiagnosepatienten gezogen werden können.

### Komorbidität von schweren psychischen Störungen und Sucht

Unter schweren psychischen Störungen werden meistens psychotische Störungen, einschliesslich Schizophrenie, schizophrenieforme und schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen und schwere Depressionen verstanden [21]. Drake und Kollegen haben wiederholt systematische Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für schwere DDP vorgestellt [6,7]. Sie stellen dabei wiederholt fest, dass IBP, die ihren Schwerpunkt auf das Einbinden der Patienten durch MI [22] legen, erfolgreich sind, wenn sie auf der Grundlage des transtheoretischen Modells der Veränderungsphasen (TTM) ein gestuftes Programm zur Umsetzung und Stabilisierung von Verhaltensänderungen anbieten [23,24]. In ihrem umfassenden Überblick über 45 kontrollierte Studien (22 experimentelle und 23 quasi-experimentelle Studien) identifizierten sie Gruppenangebote, KM und stationäre Langzeitprogramme als wirksame Interventionsformen zur Reduktion von Substanzkonsum und Verbesserungen in den psychischen Symptomen sowie des Funktionsniveaus (z.B. Verringerung der Hospitalisationsrate, Verbesserung der Therapieteilnahme, Wohn- und Arbeitsfähigkeit sowie Erhöhung der Lebensqualität). Zusätzlich zeigten Drake und Kollegen, dass CM im Vergleich zu anderen Interventionsformen (z.B. individuelle Beratung, intensive ambulante Rehabilitation) konsistent mit der Verbesserung des Funktionsniveaus korrelierte. Nur eine Studie untersuchte FI im Rahmen von MI und individualisierter KVT. FI zeigte in allen drei Ergebnisbereichen SSK, PS und Funktionsniveau deutliche Verbesserungen [25]. Allerdings konnte jüngst in einer Studie mit grosser Fallzahl die Wirksamkeit von MI in Kombination mit KVT nicht belegt werden, so dass die Hypothese zu prüfen wäre, ob der Einbezug des sozialen Netzes (Familie, andere wichtigen Bezugspersonen) durch FI eine unerlässliche Behandlungskomponente erfolgreicher psychosozialer Behandlungen ist [19].

Cleary und Mitarbeiter fanden ähnliche Resultate in ihrem systematischen Überblick über 53 kontrollierte Studien (30 experimentelle und 23 quasi-experimentelle Studien) [5]. Wieder wies MI die beste Evidenz für die Reduktion des Substanzkonsums auf. Wenn KVT mit MI kombiniert wurde, ergaben sich auch Verbesserungen in den psychischen Symptomen. Stationäre Langzeitprogramme und KM zeigten konsistent einen positiven Zusammenhang mit der

Reduktion des Substanzkonsums. Dass KVT nicht immer mit positiven Ergebnissen zusammenhängt, ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass unter dem Begriff KVT eine Vielzahl von Interventionen zusammengefasst wird, die sich untereinander deutlich unterscheiden. Bei KVT handelt es sich um ein Psychotherapiemodell, nicht um eine spezifische Intervention.

De Witte und Mitarbeiter [15] schlossen in ihrem Überblick zur ambulanten Behandlung von DDP mit Schizophrenie und SSK, dass umfassende, intensive und längere Programme, in denen Kombinationen mehrerer Interventionen (z.B. MI, KVT, RP, KT und FI) vorkommen, mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu Verbesserungen in den drei Ergebnisbereichen SSK, PS und Funktionsniveau führen. Als erfolgreich haben sich die IBP „Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness“ (BTSAS) [26] oder „Family Intervention for Dual Diagnosis“ (FIDD) [27] erwiesen. Beide Programme sind nach dem TTM aufgebaut und umfassen neben sozialen Fertigkeitentrainings und psychoedukativen Elementen auch MI, RP, KT bzw. Familieninterventionen.

Während die erwähnten Überblicksarbeiten auch Studien enthalten, deren interne Validität wegen fehlender Randomisierung nicht immer gegeben ist, dafür aber über eine hohe externe Validität verfügen, zeigen Metaanalysen, die ausschliesslich randomisiert-kontrollierte Studien berücksichtigen, kaum Vorteile einzelner Interventionen oder IBP gegenüber ihren Kontrollgruppen [2-4]. Dies trifft auch für die IAGP-Ansätze zu, obwohl diese vor allem von der Arbeitsgruppe um Drake wiederholt als vielversprechend beschrieben wurden [6]. Offenbar unterscheiden sie sich jedoch nicht grundsätzlich von Standard CM [5,15].

Bilanz für schwere DDP. Wenn wir eine Bilanz für schwere psychische, vorwiegend psychotische Störungen ziehen, zeigt sich ein uneinheitliches Bild zur Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen. Wenn schwere DDP lange in stationären Behandlungen verweilen, in das Behandlungssystem integriert werden können und die Behandlungen unter Berücksichtigung der Veränderungsphasen (TTM) gestuft erfolgen, zeigen sich insbesondere dann gute Ergebnisse, wenn sie Komponenten wie MI, KVT in Kombination mit MI, KM, RP, FI und CM enthalten. Als therapierelevant wird in den meisten Studien festgehalten, dass der Substanzkonsum mindestens reduziert und stabilisiert werden muss, damit positive Veränderungen in den beiden anderen Ergebnisbereichen PS und Funktionsniveau erwartet werden können [9,11].

Bipolare Störungen. Wie bereits erwähnt, werden in den Studien zu schweren DDP oft auch Patienten mit bipolaren Störungen als weitere Diagnosen zu Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen mit einbezogen [9,14]. Bis heute gibt es nur schwache Belege, das IBP für Patienten mit bipolaren Erkrankungen und SSK wirksam sind. Allerdings sind auch nur zwei qualitativ akzeptable Studien zu dieser Störungskombination verfügbar [10,14]. In einer Pilotstudie zeigten sich bei einem IBP im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutliche Verringerung in der Trinkmenge und den Symptomen der Manie, jedoch nicht der Depression [28]. In einer zweiten Studie wurde die „Interpersonal and Social Rhythm Therapy“ (ISRT), die Patienten mit bipolaren Störungen darin fördert, den Zusammenhang zwischen Stimmungsveränderungen und zwischenmenschlichen Beziehungen zu verstehen, zirkadiane Rhythmen durch Tagesstrukturierung zu stabilisieren und psychische Symptome kontrollieren zu lernen [29]. Verglichen mit einer Kontrollgruppe zeigte die ISRT positive Wirkung auf die Rückfallverhütung, die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen und die Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe, die ausschliesslich Medikamente erhielt. Studien zu bipolarer Störung und SSK sind wie bei anderen Komorbiditätsformen jedoch deutlich unterrepräsentiert. Weitere Untersuchungen sind zur Absicherung notwendig.

#### Merksatz:

Patienten mit schweren Doppeldiagnosen scheinen eher von stationären und gestuften Behandlungsprogrammen unter Berücksichtigung der Phasen der Verhaltensänderung zu profitieren, wenn sie Komponenten wie motivierende Gesprächsführung in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Rückfallprävention, Familieninterventionen und/oder Case Management enthalten.

#### Leichtere Formen von Komorbidität

Depressionen. Unter leichteren Formen von Komorbidität psychischer Störungen und Sucht werden Angststörungen und leichte bis mittelgradige Depressionen und Störungen durch Substanzkonsum verstanden. Bis heute sind nur gerade fünf kontrollierte Studien publiziert, welche die Behandlung von Depression und komorbider Sucht untersuchten, wobei alle hohe Ausfallraten bzw. kleine Patientenkollektive aufweisen [8,12,14]. Die Untersuchungen ergaben, dass die Patienten der Experimentalgruppe im Vergleich zu denjenigen in der Kontrollgruppe eine stärkere Verbesserung im Substanzkonsum und in den Depressionssymptomen sowie eine grössere Veränderungsmotivation und einen längeren Verbleib in den Behandlungen aufwiesen.

Allerdings ist auch für diese Komorbiditätsform die Heterogenität der Behandlungsansätze gross und reicht von einem IBP für Depression und SSK bis hin zu einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Einzeltherapie, die zur Standardbehandlung hinzugefügt wurde. Des Weiteren unterscheiden sich inhaltlich nicht nur die Experimentalgruppen sondern auch die Kontrollgruppen deutlich (z.B. unterstützende Kurzzeitpsychotherapie, Zwölf-Schritte-Programme, Entspannungstraining).

Jüngst wurde in einer grossen randomisiert-kontrollierten Studie ein manualisiertes Behandlungsprogramm, in dem für eine Stichprobe von über 280 Patienten, die unter einer Depression und Alkoholmissbrauch litten, KVT kombiniert mit MI angeboten . Verglichen wurde die Wirksamkeit von Kurzintervention, Einzelpsychotherapie, die sich auf eine der beiden Komorbiditätsstörungen konzentrierte, oder integrative Einzelpsychotherapie, in deren Fokus beide Störungen waren [18]. Die Patienten wurden zufällig zu einer der vier folgenden Bedingungen zugewiesen: eine 90 Minuten dauernde Kurzintervention, Kurzintervention gefolgt von neun einstündigen einzelpsychotherapeutischen Sitzungen, die sich entweder auf den Alkoholmissbrauch oder auf die Depression konzentrierten, oder Kurzintervention gefolgt von neun einstündigen integrativen Einzelpsychotherapiesitzungen zur Behandlung beider psychiatrischer Störungen. Verglichen mit der Kurzintervention wiesen alle drei Einzelpsychotherapien bessere Ergebnisse im Alkoholkonsum der Patienten auf. Verglichen mit den Einzelpsychotherapien, in denen nur eine Störung behandelt wurde, war die integrative Einzelpsychotherapie in Bezug auf den Alkoholkonsum und die Depressionssymptome erfolgreicher. Interessanterweise ergab sich ein geschlechtstypischer Unterschied. Innerhalb der Einzelpsychotherapien mit nur einem Störungsfokus war bei Männern die alkoholspezifische Therapie erfolgreicher als die depressionsspezifische, bei Frauen die depressionsspezifische Einzeltherapie erfolgreicher als die alkoholspezifische. Diese Studie zeigt nicht nur, dass das IPB zu besseren Ergebnissen als störungsspezifische Interventionen führt, sondern dass es innerhalb der störungsspezifischen Psychotherapie bei dieser Komorbiditätsform geschlechtstypische Unterschiede gibt.

**Merksatz:**

Bei Depressionen und Sucht zeigen integrative Behandlungen eine stärkere Verbesserung im Suchtmittelkonsum, in den Depressionssymptomen sowie in der Veränderungs- und Behandlungsmotivation als nicht integrative Ansätze.

Angststörungen. In einem Überblick zur Behandlung von Angststörungen und Sucht fand Hesse [8], dass IBP im Allgemeinen die Abstinenztage erhöht, tendenziell die Angstsymptome verringert und die Haltequote verbessert. Er schloss daraus, dass psychosoziale Interventionen alleine für eine erfolgreiche Behandlung bei dieser Komorbiditätsform jedoch nicht genügen und dass dafür andere Interventionen als die bisher vorgestellten benötigt werden. Ähnliche Schlussfolgerungen wurden in einer anderen umfassenden Übersichtsarbeit gezogen [10]. Allerdings unterschieden sich die Studien nicht nur in den Behandlungsprogrammen sondern auch in den Angstdiagnosen (z.B. Panikstörung, soziale Ängstlichkeit, Zwangsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen) und den Suchterkrankungen (z.B. nur Alkoholabhängigkeit bzw. Drogenabhängigkeit) deutlich. Ebenfalls gab es Unterschiede in dem Behandlungssettings, die von stationärer Therapie über therapeutische Gemeinschaften bis hin zu ambulanten Therapien reichten, so dass eine allgemeine Schlussfolgerung über die Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen bei Komorbidität von Angst und Sucht schwer zu rechtfertigen wäre.

#### Merksatz:

Zu Angststörungen und Sucht gibt es kaum Studien. Sie zeigen, dass die vorgestellten psychosozialen Interventionen alleine wenig erfolgreich sind.

Posttraumatische Belastungsstörung. In der Komorbiditätsforschung nimmt die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine Sonderstellung ein, da sie die am häufigsten untersuchte Angststörung ist. Ihre Behandlung kann in die drei Phasen Stabilisierung, Konfrontation und Reintegration eingeteilt werden, wobei in der Konfrontationsphase die Exposition als die Standardtherapieform angesehen wird. Lange wurde von Klinikern empfohlen, Exposition erst nach erfolgreicher Stabilisierung der psychischen Symptomatik anzuwenden. Diese Empfehlung wurde zunehmend relativiert. Heute stehen uns IBP zur Verfügung, die bereits früh in der Behandlung gleichzeitig mit Interventionen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums mit der Exposition beginnen. Schäfer und Kollegen [17] unterscheiden IBP für die Stabilisierungs- und IBP für die Konfrontationsphase. Bis heute scheint es keine Studien zur Reintegrationsphase zu geben. Für die Stabilisierungsphase gibt es nur ein effektives und mittlerweile etabliertes Behandlungsprogramm. Najavits [30] stellte das Therapiemanual „Sicherheit finden“ vor, das in einigen randomisiert-kontrollierten Untersuchungen einschliesslich Multizenterstudien im Vergleich zu Kontrollgruppen bessere Ergebnisse für die Symptome der PTBS und der SSK zeigte. Allerdings war das Programm im Langzeitverlauf im Vergleich zu einem Rückfallpräventionsprogramm nicht überlegen [31]. Andere Programme zur

Stabilisierungsphase zeigten uneindeutige Ergebnisse [10,17]. Die Behandlungsmodelle für die Konfrontationsphase ergaben zwar auch ermutigende Ergebnisse, aber sie basierten weitgehend auf unkontrollierten Studien mit sehr kleinen Patientenkollektiven [17]. Auch für diese Komorbiditätsform gibt es eine erstaunliche Armut, was gut kontrollierte Untersuchungen betrifft.

Merksatz:

Mit dem Programm „Sicherheit finden“ liegt für die Stabilisierungsphase in der Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung ein gut untersuchtes und wirksames integratives Behandlungsprogramm vor.

### Persönlichkeitsstörungen und Sucht

Für Persönlichkeitsstörungen ist die psychosoziale Behandlung, insbesondere störungsspezifische Psychotherapie, die Behandlung der ersten Wahl. In Bezug auf die Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Sucht liegen ebenfalls sehr wenig randomisiert-kontrollierte Studien vor. Der Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der Borderline Persönlichkeitsstörung. In einem systematischen Überblick identifizierten Pennay und Mitarbeiter [13] drei verschiedene Psychotherapiemodelle, die in Studien untersucht wurden: Die „Dialectic Behavioral Therapy“ (DBT) [32], die „Dynamic Deconstructive Psychotherapy“ (DyDP) [33] und die „Dual Focus Schema Therapie“ (DFST) [34]. Die Ergebnisse zu DBT zeigen uneinheitliche Befunde zur Verbesserung in Bezug auf den Substanzkonsum, die Symptome der Persönlichkeitsstörung und das Funktionsniveau. Während die DBT der Standardbehandlung in allen Veränderungsbereichen zwar überlegen war, schnitten sie im Vergleich zu achtsamkeitsbasierten Strategien in Kombination mit Zwölf-Schritte-Programme nicht besser ab. Die DyDP wies in der einzigen Studie im Vergleich zur Kontrollgruppe bessere Ergebnisse für das Suchtverhalten und für die Symptome der Persönlichkeitsstörung auf und sollte in weiteren Studien untersucht werden. Schliesslich zeigte die DFST bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zwar vielversprechende Ergebnisse, aber diese beruhen auf kleinen Fallzahlen und Studien mit hohen Ausfallraten. Hinzu kommt, dass in allen Untersuchungen die Patienten nicht nur in Bezug auf die Persönlichkeitsstörung Symptome, sondern auch andere komorbide psychische Störungen wie Depression oder Angststörungen aufwiesen. Auch im Persönlichkeitsstörungsbereich sind dringend weitere Studien erforderlich, um Empfehlungen für eine wirksame Therapie abgeben zu können [13].

### Merksatz:

Bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und Sucht gibt im Wesentlichen drei vielversprechende Behandlungsansätze, die allerdings auf methodisch so schwacher Studiengrundlage stehen, dass weitere Studien dazu unbedingt notwendig sind.

### Schlussfolgerungen und Perspektiven

In diesem Überblick wurde versucht ein klareres Bild darüber zu gewinnen, welche psychosozialen Behandlungen für DDP wirksam sind, in dem Metaanalysen und umfassende Überblicksarbeiten über kontrollierte klinische Studien berücksichtigt wurden. Die Studien sind schwer miteinander vergleichbar, weil sie äusserst heterogen in den Merkmalen der Patienten, der Programme und Interventionen, der Settings, der Intensität und der Ergebnisvariablen sind. Dies macht aus einer wissenschaftlichen Perspektive gesicherte Schlussfolgerung schwierig. Hinzu kommt, dass die Studien vorwiegend aus den USA, einige aus Canada, Australien oder Grossbritannien, aber nur wenige aus Kontinentaleuropa stammen [35,36]. Im deutschen Sprachraum sind auch nur einige Manuale zur Komorbidität erschienen [21,37-40].

Schlussfolgerungen. Wollten wir versuchen, eine vorsichtige Schlussfolgerung zu formulieren, so kann man festhalten, dass IBP mit mehreren störungsspezifischen Interventionen eher wirksam sind und im besten Fall in allen Ergebnisvariablen den Kontrollgruppen bzw. den Standardbehandlungen überlegen sind. Ein breiteres IBP ist wahrscheinlich effektiver als das blosses Hinzufügen einer einzelnen Intervention (z.B. Rückfallprävention ) zu einer Standardbehandlung. Wenn die Patienten unter einer schweren DDP mit niedrigem Funktionsniveau leiden, ist eine stationäre Behandlung notwendig, selten genügt eine intensive ambulante Therapie. Nicht nur integrative auch parallele, aber nicht sequenzielle Behandlungen können insbesondere dann wirksam sein, wenn die Interventionen erfolgreich in der Reduktion oder Stabilisierung des Substanzkonsums sind. Stufenprogramme, die sich an die Veränderungsphasen des TTM anlehnen, sind zwar aufwändig aber eher erfolgreich. Mehrere Behandlungskomponenten von IBP haben sich wiederholt als effektiv erwiesen:

1. Motivierende Interventionen, insbesondere MI, die den Patienten helfen, Behandlungsziele zu finden, sich zur Zielerreichung für die Veränderung von Problemverhalten zu entscheiden und die Verhaltensveränderung auch umzusetzen. MI scheint für beide Komorbiditätsstörungen hilfreich zu sein.

2. KVT wirksam ist, wenn sie mit MI kombiniert wird und störungsspezifische Interventionen zur Verfügung stellt .
3. RP und KM sind vielversprechende Ansätze und manchmal ebenso wirksam wie IBP, wenn es ihnen gelingt, den Substanzkonsum der Patienten soweit zu stabilisieren und reduzieren, dass eine Behandlung der PS möglich wird.
4. FI scheint eine sehr wertvolle Intervention für DDP zu sein, wenn noch Beziehungen zur Familie oder auch Bezugspersonen bestehen.
5. Störungsspezifische Interventionen scheinen auch für DDP wirksam zu sein. Es ist nicht notwendig, neue Behandlungsformen für DDP zu entwickeln, aber die wirksamen störungsspezifischen Interventionen innerhalb eines patientenzentrierten Behandlungsplans zu integrieren. Bestimmte Interventionen scheinen sich auch positiv auf jene Störung auszuwirken, für die sie nicht entwickelt wurden (z.B. MI, RP oder KT).

Die Behandlung von DDP ist keine unmögliche, aber eine aufwändige und schwierige Aufgabe.

Diese Schlussfolgerungen sind ein Versuch und müssen durch Studien untersucht werden. Obwohl die Forschung zur Behandlung von DDP vor über 20 Jahre richtig begonnen hat, fehlt bis heute eine genügend grosse Zahl methodologisch guter Untersuchungen, die gesicherte Schlussfolgerungen zulassen. Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, gestufte IBP zu untersuchen, die MI in Kombination mit KVT und Interventionen zur Reduktion des Substanzkonsums (z.B. RP, KT) enthalten sowie den Einbezug des sozialen Umfeldes der Patienten berücksichtigen.

Fazit für die Praxis:

Integrative, nach Intensität gestufte Behandlungsprogramme, die störungsspezifische Interventionen geschickt kombinieren und motivierende Gesprächsführung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, suchtmittelreduzierende Interventionen wie Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement und/oder Familieninterventionen enthalten, scheinen weniger aufwändigen Behandlungen in Bezug auf die Verbesserung im Substanzkonsum, in Symptomen der psychischen Störungen und im Funktionsniveau überlegen zu sein.

Interessenskonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht.



## Literatur

1. Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA et al. Effectively treatment of stimulant-abusing schizophrenics: Mission impossible? *New Directions for Mental Health Services* 1992; 53: 55-65
2. Chow CM, Wieman D, Cichocki B et al. Mission impossible: treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: a meta-analysis. *Mental Health and Substance Use* 2012; 1: 1-19
3. Cleary M, Hunt GE, Matheson SL et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *The Cochrane Collaboration; The Cochrane Library*; 2010
4. Jeffrey DP, Ley A, McLaren S et al. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *The Cochrane Collaboration; The Cochrane Library*; 2007
5. Cleary M, Hunt GE, Matheson S et al. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65: 238-258
6. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF et al. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27: 360-374
7. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008; 34: 123-138
8. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 6
9. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE et al. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry* 2009; 17: 24-34
10. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors* 2012; 37: 11-24
11. Lubman DI, King JA, Castle DJ. Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 191-201

12. Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2012; 25: 194-200
13. Pennay A, Cameron J, Reichert T et al. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2011; 41: 363-373
14. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2007; 31: 513-536
15. De Witte NAJ, Crunelle CL, Sabbe B et al. Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. *European Addiction Research* in press.
16. Rosenthal RN, Westreich L. Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. In: McCrady BS, Epstein EE, Hrsg. *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press; 1999:439-476
17. Schäfer I, Schulze C, Stübenvoll M. Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. *Sucht* 2011; 57: 353-361
18. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction* 2010; 105: 87-99
19. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c6325
20. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 Suppl 1: S64-80
21. Moggi F, Hrsg. *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 2. Aufl. Bern: Huber; 2007
22. Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung*. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus; 2009
23. Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40: 1025-1035
24. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47: 1102-1114
25. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N et al. Cognitive-behavioral therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 418-426

26. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS et al. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 426-432
27. Mueser KT, Glynn SM, Cather C et al. A randomized controlled trial of Family Intervention for Co-occurring Substance use and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39
28. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 593-604
29. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61: 361-367
30. Najavits LM. *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: The Guilford Press; 2002
31. Hien DA, Cohen LR, Miele GM et al. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 1426-1432
32. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice* 2008; 4: 39-47
33. Gregory RJ, Remen AL. A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy* 2008; 45: 15-27
34. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 883-891
35. Moggi F, Brodbeck J, Költzsch K et al. One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-months integrative inpatient treatment. *European Addiction Research* 2002; 8: 30-37
36. Morrens M, Dewilde B, Sabbe B et al. Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *European Addiction Research* 2011; 17: 154-163
37. D'Amelio R, Behrendt B, Wobrock T. *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer; 2007
38. Gouzoulis-Mayfrank E. *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopf; 2007
39. Moggi F, Donati R. *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe; 2004

40. Najavits LM, Schäfer I, Stübenvoll M et al. Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm «Sicherheit finden». Göttingen: Hogrefe-Verlag; 2008

#### Zur Person

Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA

(\*10. April 1963) ist klinischer Psychologe und Fachpsychologe für Psychotherapie (FSP). Er leitet in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern den Schwerpunkt Psychotherapie, den Psychologischen Dienst und die Projektgruppe Suchtforschung. Sein Forschungsschwerpunkte sind Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht sowie die Evaluation von Therapieprogrammen bei Abhängigkeitserkrankungen.